

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2009.00017 vom 25. Mai 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-05-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2009.00017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2009.00017)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2009.00017 du 25 mai 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2009.00017 del 25 maggio 2011

## Erwägungen

### E. 2

2.1 Die Kostenübernahme bei stationärer Behandlung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist in Art. 41 KVG (in der hier massgebenden, 2006 gültig gewesenen Fassung) geregelt. Danach muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt (Abs. 1 zweiter Satz). Beanspruchten Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt (Abs. 2 erster Satz).

2.2 Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen im Wohnkanton oder in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e aufgeführten ausserkantonalen Spital nicht angeboten werden (Abs. 2 zweiter Satz und lit. b).

Die Beanspruchte Person aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserhalb ihres Wohnkantons befindlichen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals, so übernimmt der Wohnkanton die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für EinwohnerInnen des Kantons (Abs. 3 erster Satz; Ausgleichs- oder Differenzzahlungspflicht: BGE 123 V 290 und 310).

Der Wohnkantonsanteil ist auch dann geschuldet, wenn die versicherte Person im Privatpatientenverhältnis auf der Privat- oder Halbprivatabteilung eines öffentlichen Spitals oder öffentlich subventionierten Privatspitals aus medizinischen Gründen ausserhalb ihres Wohnkantons behandelt wird. Die Kantone haben das Äquivalent dessen zu erbringen, was sie unter dem Titel von Art. 41 Abs. 3 KVG bezahlen müssten, wenn sich die Versicherten in der allgemeinen Spitalabteilung aufgehalten hätten (BGE 123 V 300 Erw. 6).

### 2.3

2.3.1 In BGE 127 V 138 hat sich das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht einlässlich zum Begriff der medizinischen Gründe im Sinne von Art. 41 Abs. 2 (zweiter Satz und lit. b) und Abs. 3 KVG sowie zum Umfang der Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung geäussert, wenn solche gegeben sind. Das Gericht hat entschieden, dass die altrechtliche Ordnung (Art. 19 bis Abs. 5 und Art. 23 KUVG sowie die dazu ergangene Rechtsprechung) sinngemäss auch unter dem neuen Recht gilt.



anderen ausserkantonalen Spital geboten sein. Jedoch räumt Art. 41 Abs. 2 KVG keinen uneingeschränkten Anspruch auf die jeweils bestmögliche Behandlungsalternative ein. Voraussetzung sind Vorteile in therapeutischer Hinsicht, unter anderem geringere Risiken, weniger Komplikationen, günstigere Prognose betreffend Verbesserung, Erhaltung oder Stabilisierung des Gesundheitszustandes. Allerdings muss der therapeutische Mehrwert der auswärtigen Behandlung gegenüber innerkantonalen Alternativen erheblich sein, um die volle Kostenübernahme durch Krankenversicherer und Wohnkanton im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu rechtfertigen. Bloss minimale, schwer abschätzbare oder gar umstrittene Vorteile der auswärts praktizierten Anwendungen vermögen keinen medizinischen Grund im Sinne von Art. 41 Abs. 2 (zweiter Satz und lit. b) und 3 KVG abzugeben (BGE 127 V 147 Erw. 5). Ebenso wenig vermag unter diesem Titel die angeblich ungenügende Fachkompetenz der Ärzte eines Spitals zu genügen (BGE 130 V 87 nicht publizierte Erw. 5.2.2 von K 22/03 Erw. 5.2.2).

2.3.5 Von der Rechtsprechung wiederholt nicht als medizinischer Grund akzeptiert wurde ein nicht (mehr) gegebenes Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt (BGE 127 V 145 Erw. 4c/cc mit dem Hinweis auf RSKV 1982 Nr. 499 S. 178 Erw. 2; SVR 1995 KV Nr. 51 S. 157 ff.; RKUV 1996 Nr. K 870 S. 166).

### E. 3

3.1 Der Beschwerdeführer liess sein Begehren um Verpflichtung des Kantons Zürich zur Bezahlung des Kostenbeitrags gemäss Art. 41 KVG für die am 16. Juli 2006 im I. erfolgte Herztransplantation im Wesentlichen mit dem Vorliegen eines Notfalls begründen. Derselbe habe nicht erst bei der Evaluation im I., sondern bereits zuvor vorgelegen. Er habe sich nicht auf eigenen Wunsch ausserkantonal in Behandlung begeben, sondern weil dies unaufschiebbar gewesen sei, hätte doch die Ärzteschaft des U. seinen schlechten Gesundheitszustand unterschätzt und die Möglichkeit einer Transplantation ignoriert.

Der Befund im I. Anfang Juni 2006 habe einen äusserst besorgniserregenden Gesundheitszustand gezeigt, weshalb eine Herztransplantation bereits vor Eintritt dringend angezeigt gewesen wäre und ohne Aufschub habe vorangetrieben werden müssen. Im U. hätten es die Ärzte unterlassen, die erforderlichen Abklärungen zur Notwendigkeit einer Transplantation vorzunehmen, obwohl eine Transplantation nach Auffassung des behandelnden externen Kardiologen Dr. Z., von Fachleuten des I. und gemäss Swiss-transplant dringend erforderlich gewesen sei. Eine Rückkehr in den Wohnkanton, um beim U. um eine Transplantation nachzusuchen, sei dem Beschwerdeführer nicht zumutbar gewesen, wären diesfalls doch erneut zeitaufwendige Abklärungen notwendig geworden. Auch hätte ihm ein allfälliger Streit mit den Zürcher Ärzten um die Transplantationsindikation nicht zugemutet werden können.

Ausserdem habe im konkreten Fall faktisch kein Transplantationsangebot für die durchgeführte Behandlung bestanden, nachdem die Ärzteschaft des U. trotz mehrmaliger mündlicher Hinweise von Dr. Z. eine Herztransplantation nie diskutiert und abgeklärt habe (Urk. 1 S. 7 ff.).

3.2 Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid im Wesentlichen damit, dass sie das Vorliegen eines Notfalls verneine, setze ein solcher doch im Zeitpunkt seines Eintritts einen Aufenthalt ausserhalb des Wohnkantons voraus, woran

es hier mangle. Zudem habe sich der Beschwerdeführer zum Zwecke der Behandlung ins I. \_\_\_ begeben. Soweit der Beschwerdeführer geltend mache, für die Transplantation selber (Eintritt 16. Juli 2006 in der Herzchirurgie) habe eine Notfallsituation bestanden, da er als super-urgent-gelisteter Patient nicht in den Wohnkanton hätte zurückgeführt werden können, müsse er sich entgegen halten lassen, dass er sich initial aus eigenem Antrieb zur Einholung einer Zweitmeinung ins I. \_\_\_ begeben habe.

Was die Argumentation hinsichtlich des faktisch fehlenden Angebots anbelange, sei unbestritten, dass das U. \_\_\_ zum fraglichen Zeitpunkt Herztransplantationen vorgenommen habe. Das Vorgehen des Beschwerdeführers zeige deutlich, dass es ihm nicht daran gelegen gewesen sei, sich in Zürich operieren zu lassen, habe er doch selber vorgebracht, das Vertrauen in die Ärzte des U. \_\_\_ verloren zu haben. So habe er denn auch das U. \_\_\_ über das Ergebnis der Evaluation in \_\_\_ nicht informiert. Den Zürcher Ärzten könne daher auch nicht der Vorwurf gemacht werden, sie hätten eine Transplantation nicht in Betracht gezogen (Urk. 2 S. 5 ff.). Der Beschwerdeführer wolle einen Streit über die Frage nach der Indikation der Transplantation anreissen, was an der Sache vorbeigehe, ziele diese Frage doch auf das Kriterium der Erforderlichkeit ab und nicht darauf, ob die Leistung im Wohnkanton verfügbar gewesen sei (Urk. 5).

Die Beigeladene, welche sich den Anträgen des Beschwerdeführers anschloss, stellte in ihrer Stellungnahme vom 7. Juli 2009 die Frage in den Raum, ob das U. \_\_\_, nachdem nach zwei Vorfällen mit Todesfolge in den Jahren 2004 und 2005 vorübergehend ein Herztransplantationsmoratorium bestanden habe, im hier interessierenden Zeitraum überhaupt wieder über ein funktionierendes Herztransplantationsteam verfügt habe. Im Übrigen seien die unheimlichen Vorfälle im U. \_\_\_ mit Sicherheit geeignet gewesen, das Vertrauen in die Qualität der Behandlung zu erschüttern.

Zu beantworten sei auch die Frage, ob eine Herztransplantationsindikation für sich alleine nicht bereits einen Notfall darstelle (Urk. 9).

#### **E. 4**

4.1 Angesichts der Parteivorbringen stellt sich zunächst die Frage, ob sich der Beschwerdeführer auf einen Notfall als medizinischen Grund berufen kann.

In Analogie zu Art. 36 Abs. 2 KVV kann ein Notfall definitionsgemäss nur dann vorliegen, wenn derselbe bei einem vorübergehenden ausserkantonalen Aufenthalt auftritt. Dies schliesst die Annahme eines Notfalls, wenn sich die versicherte Person gerade zum Zwecke der Abklärung eines allenfalls bereits vorliegenden Notfalls in ein ausserkantoniales Spital begibt, definitionsgemäss aus. Im Lichte dessen führt denn auch die Argumentation der Beigeladenen, wonach sich die Frage stelle, ob eine Herztransplantationsindikation als solche für sich alleine nicht bereits einen Notfall darstelle (Urk. 9), ebenso wie diejenige des Beschwerdeführers, wonach die Notfallsituation bereits vor dem Übertritt ins I. \_\_\_ bestanden habe (vgl. Urk. 1 S. 7 ff.), ins Leere.

Dass im Zeitpunkt der super-urgent-Listung am 9. Juli 2006 (vgl. dazu Urk. 34/4 S. 2) medizinisch eine Notfallsituation vorgelegen hat, liegt auf der Hand, jedoch steht dieser Notfall unzweifelhaft in einem sachlichen und zeitlichen Zusammenhang mit der vom Beschwerdeführer am 9. Juni 2006 im I. \_\_\_ begonnenen ausserkantonalen

Behandlung, die als solche auf keinem Notfall im Rechtssinne beruhte, weshalb der Beschwerdeführer die damit verbundenen Risiken für Komplikationen und sofortige notwendige medizinische Hilfe selber zu tragen hatte. Denselben Konnex muss er sich bei der Frage, ob eine Rückkehr für eine Herztransplantation ins U. \_\_\_ aus zeitlichen Gründen noch möglich respektive zumutbar gewesen wäre oder nicht (vgl. Urk. 1 S. 10 f.), entgegen halten lassen. Weiterungen hierzu erübrigen sich angesichts der diesbezüglich klaren Rechtsprechung (vgl. obige Erw. 2.2.2).

Die Argumentation des Beschwerdeführers, dass aufgrund des Umstandes, dass das U. \_\_\_ die Lage verkannt und die Möglichkeit respektive Notwendigkeit einer Transplantation ignoriert habe, für ihn faktisch kein Transplantationsangebot in Zürich und eine atypische Notfallsituation bestanden habe, zielt letztlich auf die Frage, ob eine medizinische Notlage aufgrund einer Weigerung des U. \_\_\_ zur Vornahme einer notwendigen Operation im Sinne der oben erwähnten Rechtsprechung (vgl. obige Erw. 2.3.3 mit den Hinweisen auf die höchststrichterliche Rechtsprechung) vorgelegen hat, ab (vgl. dazu nachfolgende Erw. 4.3).

Ein medizinischer Grund im Sinne eines Notfalls wurde von der Beschwerdegegnerin nach dem oben Gesagten zu Recht verneint.

Nicht behauptet wird seitens des Beschwerdeführers, dass die ausserkantonale Behandlung einen erheblichen diagnostischen oder therapeutischen Mehrwert aufgewiesen habe. Für eine entsprechende Annahme finden sich denn auch keine Anhaltspunkte. Auch steht letztlich nicht mehr in Frage, dass im U. \_\_\_ im Jahre 2006 Herzen transplantiert wurden und die Möglichkeit hierzu grundsätzlich gegeben war. Klinikdirektor Prof. Dr. C. \_\_\_ stellte in seinem Schreiben vom 22. Juli 2009 klar, dass eine Transplantation bei Allokation eines geeigneten Organs in der fraglichen Zeit jederzeit möglich gewesen wäre (Urk. 16/2). Dass das im Juni/Juli 2005 nach dem Fall "Voser" vorübergehend erlassene Moratorium für Herztransplantationen nicht mehr in Kraft war (vgl. unter anderem: Beitrag vom 15. Juli 2006 unter: [www.swissinfo.ch/ger/politik\\_schweiz/Zuerich\\_will\\_Spitzenmedizin-Zentrum\\_bleiben.html?cid=4619232](http://www.swissinfo.ch/ger/politik_schweiz/Zuerich_will_Spitzenmedizin-Zentrum_bleiben.html?cid=4619232)), wird denn auch vom Beschwerdeführer zu Recht nicht bestritten.

### **E. 4.3**

4.3.1 Letztlich bleibt die Frage zu klären, ob sich der Beschwerdeführer auf einen medizinischen Grund in Form einer medizinischen Zwangslage berufen kann, da das Verhalten der Ärzteschaft des U. \_\_\_ faktisch als eigentliche Weigerung zur Vornahme eines indizierten und notwendigen Eingriffes im Sinne der zitierten Rechtsprechung (BGE 127 V 145 Erw. 4c/cc mit dem Hinweis auf das nicht veröffentlichte Urteil K 83/89) zu werten ist, oder ob Anlass für die ausserkantonale Behandlung ein fehlendes Vertrauensverhältnis war, welches rechtsprechungsgemäss nicht als medizinischer Grund akzeptiert wird (vgl. obige Erw. 2.3.5 mit Hinweisen auf die Rechtsprechung).

4.3.2 Gemäss medizinischer Aktenlage wurde der Beschwerdeführer am 12. März 2002 erstmals ambulant in der Abteilung für Kardiologie des U. \_\_\_ und zwar von Dr. Z. \_\_\_, der dannzumal im U. \_\_\_ seine fachspezifische Ausbildung absolvierte, untersucht (vgl. Bericht des U. \_\_\_ vom 12. März 2002 in Urk. 39/1). Am 18. April 2002 wurde er bei schwerer Aorteninsuffizienz mit schwer eingeschränkter linksventrikulärer Funktion operiert und es wurde eine Bioprothese in aortaler Position eingesetzt (vgl.

Bericht des U.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2005 in Urk. 39/1). Während der bis 5. Mai 2002 dauernden Hospitalisation erfolgte am 29. April 2002 zudem eine Implantation eines ICDs (Interner Cardioverter-Defibrillator); es folgten ambulante Kontrollen in Abständen von zirka einem halben Jahr (vgl. Berichte des U.\_\_\_\_ in Urk. 39/1 vom 7. August 2002, 27. November 2002, 20. Mai 2003 und 12. Dezember 2003). Am 4. Mai 2004 unterzog sich der Beschwerdeführer einer notfallmässigen ambulanten Kontrolle in der kardiologischen Sprechstunde des U.\_\_\_\_, wobei sich eine Zunahme der biventrikulären Herzinsuffizienz zeigte (Bericht des U.\_\_\_\_ vom 4. Mai 2004 in Urk. 39/1). Anlässlich der darauf folgenden Hospitalisation vom 10. bis 25. Mai 2004 wurde er gemäss dem Kurzaustrittsbericht und dem provisorischen Austrittsbericht, beide datierend vom 25. Mai 2005 (in Urk. 39/1), im Rahmen der Epikrise vorsichtig auf die Möglichkeit einer Herztransplantation angesprochen. Nach der Spitalentlassung vom 28. Mai 2005 in gutem Allgemeinzustand trat der Beschwerdeführer eine kardiale Rehabilitation in der Klinik Y.\_\_\_\_ vom 28. Mai bis 24. Juni 2004 an.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dort zeigte sich gemäss Bericht vom 1. Juli 2004 (in Urk. 39/1) insgesamt eine erfreuliche kardiale Rehabilitation bei schwerer Herzinsuffizienz mit deutlicher Verbesserung der Leistungsfähigkeit. Während des Aufenthaltes sei mehrfach die Option einer Herztransplantation angesprochen worden; der Beschwerdeführer sei jedoch zum damaligen Zeitpunkt eher ablehnend eingestellt gewesen. Der leitende Facharzt FMH für Innere Medizin und Kardiologie, Dr. D.\_\_\_\_, erachtete prinzipiell die Indikation zu einer Evaluation für eine Herztransplantation als gegeben, empfahl aber gleichzeitig, den Beschwerdeführer im Hinblick auf ein biventrikuläres Pacing zu evaluieren.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Bericht des U.\_\_\_\_ zur kardiologischen Kontrolle vom 17. August 2004 (in Urk. 39/1) zeigte sich der Beschwerdeführer sodann in deutlich gebessertem Zustand und wesentlich leistungsfähiger; im Bericht vom 20. September 2004 wurde ein stabiler Zustand bei subjektiver Beschwerdefreiheit notiert (in Urk. 39/1). Im November 2004 dokumentierte Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_, Leitender Arzt des B.\_\_\_\_ des U.\_\_\_\_, eine deutliche Anstrengungsdyspnoe (Bericht vom 6. Dezember 2004 in Urk. 39/1). Am 25. Januar 2005 unterzog sich der Beschwerdeführer im U.\_\_\_\_ einer ICD-Kontrolle (Bericht vom 31. März 2005 in Urk. 39/1). Die dabei in drei Monaten in Aussicht genommene Auswechslung des ICD-Aggregats wegen Batterieerschöpfung fand sodann gemäss Ausführungen von Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_, Stellvertretender Klinikdirektor der A.\_\_\_\_ des U.\_\_\_\_, vom 1. Dezember 2008 am 20. Mai 2005 statt, wobei gleichzeitig eine zusätzliche linksventrikuläre Elektrode für ein biventrikuläres Pacing implantiert worden sei, was bei schwer eingeschränkter linksventrikulärer Funktion und Verbreiterung des QRS-Komplexes den Guidelines der European Society of Cardiology entspreche (vgl. Urk. 30/2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 27. Februar 2006 erfolgte gemäss Stellungnahme des U.\_\_\_\_ vom 16. November 2010 (Urk. 37 S. 2) eine notfallmässige Hospitalisation wegen einer Synkope mit Comotio cerebri infolge einer Kammertachykardie von 13 Sekunden Dauer. Die Programmierung des ICDs sei entsprechend modifiziert worden. Am 7. März 2006 trat eine weitere Synkope auf. Der Beschwerdeführer wurde darauf vom 7. bis 10. März 2006 im U.\_\_\_\_ hospitalisiert. Gemäss Austrittsbericht vom 21. März 2006 (in Urk. 39/3) wurde der ICD erneut optimiert; auf eine antiarrhythmische Therapie mit Cordarone habe der Beschwerdeführer nach Rücksprache mit seinem Hausarzt verzichtet. Er sei

in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden. Nach einem weiteren synkopalen Ereignis am 19. März 2006 wurde er am 20. März 2006 erneut im U.\_\_\_\_ hospitalisiert. Die antiarrhythmische Therapie wurde nunmehr aufgenommen. Gemäss Bericht vom 26. März 2006 (in Urk. 39/2) konnte der Beschwerdeführer bereits am 22. März 2006 entlassen werden. Anlässlich einer Visite beim Hausarzt seien jedoch erhöhte Infektparameter aufgefallen, worauf er wieder eingewiesen worden sei. Anlässlich der bis 31. März 2006 dauernden Hospitalisation seien die Infektparameter deutlich zurückgegangen, die ICD-Abfrage habe keine Auffälligkeiten gezeigt und das Holter-EKG sei normal ausgefallen. Der bei Eintritt kardio-pulmonal dekompensierte Beschwerdeführer habe in einem erfreulich rekompensierten und stabilen Zustand nach Hause entlassen werden können.

Die letzte Hospitalisation des Beschwerdeführers im U.\_\_\_\_ datiert vom 25. April bis 2. Mai 2006. Nachdem echokardiographisch zwei grosse Thromben im linken Ventrikel festgestellt worden seien, sei erneut eine orale Antikoagulation überlappend mit Heparin installiert worden. Die zuständigen Ärzte der A.\_\_\_\_ des U.\_\_\_\_ empfahlen eine kardiale Rehabilitation (Urk. 34/1, 40, 41). Die Kostengutsprache für die in der Klinik Y.\_\_\_\_ geplante stationäre Rehabilitation wurde von der Beigeladenen gemäss Schreiben vom 4. Mai 2006 mangels stationärer Rehabilitationsbedürftigkeit nicht erteilt (in Urk. 39/1). Der Beschwerdeführer trat den Aufenthalt nicht an.

In seinem Überweisungsschreiben vom 1. Juni 2006 an das I.\_\_\_\_ legte Dr. Z.\_\_\_\_ dar, dass es vor allem innerhalb der letzten 6 Monate zunehmend zu Dekompensationen und ventrikulären Tachykardien, welche bereits nach 6-7 Schlügen zu Synkopen geführt hätten, gekommen sei. Am 26. Mai 2006 sei es nach einer Bursttherapie auf eine anhaltende Kammertachykardie hin zu Kammerflimmern gekommen, welches mit einem Schock therapiert worden sei. Zu diesem Zeitpunkt sei der Beschwerdeführer gerade wieder rekompensiert gewesen. Offensichtliche Gründe für die seit 6 Monaten immer wieder auftretenden Kammertachykardien sehe er keine. Nachdem es zu relevanten Verletzungen während Synkopen gekommen sei, sei vom U.\_\_\_\_ die orale Anti-koagulation reduziert und ein INR von 1,5-1,8 empfohlen worden. Darunter sei es schliesslich zur Bildung von linksventrikulären Thromben gekommen. Immer noch bestehe ein aktuell kleinerer linksventrikulärer Thrombus; die orale Antikoagulation sei wieder installiert.

Er, Dr. Z.\_\_\_\_, habe den Beschwerdeführer mehrfach auf die Möglichkeit einer in Zukunft bevorstehenden Herztransplantation hingewiesen. Der sehr ängstliche Beschwerdeführer verdränge dies immer wieder, sei sich jedoch mittlerweile im Klaren darüber, dass es eines Tages in diese Richtung gehen könnte. Mehrmalige Hinweise seinerseits Richtung U.\_\_\_\_, den Beschwerdeführer auf die Liste zu nehmen, seien bisher nicht beachtet worden. Die Brisanz der klinischen Situation werde aus seiner Sicht unterschätzt (Urk. 34/2).

Mit Bericht vom 30. Juni 2006 informierte das I.\_\_\_\_ Dr. Z.\_\_\_\_ über das am 21. Juni 2006 stattgefundene HTx-Kolloquium und erklärte, eine Listung für eine Herztransplantation sei bei fortgeschrittener Leistungsintoleranz unter optimaler medikamentöser Therapie, schwer eingeschränkter systolischer Funktion mit rezidivierenden kardialen Dekompensationen und wiederholter (seitens des internen Defibrillators interventionsbedürftiger) Kammertachykardien dringend notwendig. Bei

erneuter Verschlechterung wegen Arrhythmien oder erneuter kardialer Dekompensation werde eine stationäre Hospitalisation mit anschliessender "super-urgent"-Listung empfohlen (Urk. 34/3).

Gemäss Mail von Prof. Dr. M., Leitender Arzt des Bereichs N.\_\_\_\_ des I.\_\_\_\_s, vom 12. Februar 2007 an Rechtsanwalt Danzeisen wurde der Beschwerdeführer erstmals am 9. Juni 2006 untersucht, wobei er vom 1. bis 9. Juni 2006 für eine Standortbestimmung und zur Fortführung der Evaluation vom 20. bis 22. Juni 2006 nochmals hospitalisiert gewesen sei. Am 21. Juni 2006 sei der Beschwerdeführer auf die normale HTx-Warteliste gesetzt worden. Nachdem Dr. Z.\_\_\_\_ am 30. Juni 2006 eine Überwässerung der Lunge festgestellt habe, sei der Beschwerdeführer im Anschluss an die ambulante Kontrolle vom 3. Juli 2006 im I.\_\_\_\_ gleich hospitalisiert worden. Während der Hospitalisation sei eine neuerliche Synkope wegen Kammertachykardie und -flimmern aufgetreten, was am 9. Juli 2006 zur "super-dringlich"-Listung bei Swisstransplant geföhrt habe.

Initial habe es sich bei der Abklärung um eine "second opinion" gehandelt. Kaum sei der Beschwerdeführer jedoch in der Betreuung des I.\_\_\_\_s gestanden, sei klar gewesen, dass rasch gehandelt werden müsse. Dass der Beschwerdeführer seit der ersten Beurteilung das Vertrauen in das U.\_\_\_\_ verloren habe, sei nachvollziehbar (Urk. 34/4).

In ihrer Stellungnahme vom 16. November 2010 erklärten Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, Direktor der A.\_\_\_\_ des U.\_\_\_\_, und Prof. Dr. med. O.\_\_\_\_, Leitender Arzt derselben, dass während der Hospitalisation vom 25. April bis 2. Mai 2006 die Indikation zu einer Herztransplantation nicht gestellt worden sei. Anlässlich dieser Hospitalisation sei es zu einer deutlichen Verbesserung des klinischen Zustandes gekommen. Der Austrittsbericht sei an Dr. Z.\_\_\_\_ versandt worden. Anschliessend habe das U.\_\_\_\_ weder von letzterem, noch vom Hausarzt oder vom Beschwerdeführer selber eine Rückmeldung erhalten. Weder liege eine schriftliche Intervention von Dr. Z.\_\_\_\_ vor, die das U.\_\_\_\_ aufgefordert hätte, den Beschwerdeführer hinsichtlich der Notwendigkeit einer Herztransplantation abzuklären, noch sei der Beschwerdeführer je offiziell hierfür zugewiesen worden. Im U.\_\_\_\_ sei zu keinem Zeitpunkt während der Behandlung des Beschwerdeführers eine Abklärung im Hinblick auf eine Herztransplantation durchgeführt worden. Aufgrund dessen sei nie eine Indikation zu einer Transplantation gestellt worden, jedoch sei auch nie eine solche verneint worden (Urk. 37, vgl. auch Schreiben von Prof. H.\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2008, Urk. 6/30/1 und von Prof. H.\_\_\_\_ und Prof. F.\_\_\_\_ vom 1. Dezember 2008, Urk. 6/30/2).

4.3.3 Die Würdigung der medizinischen Akten zeigt, dass der Beschwerdeführer auf die Möglichkeit respektive eine allfällige Indikation zu einer Herztransplantation bereits im Mai/Juni 2004 sowohl im U.\_\_\_\_ als auch in der Klinik Y.\_\_\_\_ angesprochen worden war. Dieser stand einer solcher Intervention jedoch gemäss Aktenlage ablehnend und ängstlich gegenüber. Nachdem sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers bereits in der kardialen Rehabilitation in der Klinik Y.\_\_\_\_ wie auch in den Folgemonaten deutlich gebessert hatte, ist angesichts der ablehnenden Haltung des Beschwerdeführers nachvollziehbar, dass das U.\_\_\_\_ von dem im Austrittsbericht der Klinik Y.\_\_\_\_ vom 1. Juli 2004 (in Urk. 39/1) vorgeschlagenen Prozedere hinsichtlich der Evaluation im Hinblick auf eine Herztransplantation in der Folgezeit absah.

Dem von der Klinik Y.\_\_\_\_ ausserdem vorgeschlagenen Prozedere im Sinne einer Evaluation für ein biventrikuläres Pacing folgte das U.\_\_\_\_ mit der am 20. Mai 2005 durchgeführten Implantation einer zusätzlichen linksventrikulären Elektrode für ein biventrikuläres Pacing. Im Jahr 2005 fanden gemäss Aktenlage keine weiteren Interventionen oder Hospitalisationen statt; Anlass für eine Evaluation im Hinblick auf eine Herztransplantation bestand auch zu dieser Zeit offensichtlich nicht.

Ab Ende Februar 2006 zeichnen die medizinischen Akten eine deutliche Zustandsverschlechterung. Das U.\_\_\_\_ reagierte auf die wiederholten Synkopen mit Kammertachykardien mit der Optimierung des ICD und einer antiarrhythmischen Therapie sowie, nach der Feststellung der Thromben im linken Ventrikel anlässlich der letzten Hospitalisation vom 25. April bis 2. Mai 2006, mit der Wiederinstallation der oralen Antikoagulation. Die Indikation zu einer Herztransplantation wurde im U.\_\_\_\_ unbestrittenermassen zu keinem Zeitpunkt abgeklärt. Im Gegenteil ging das U.\_\_\_\_ bei Spitalaustritt des Beschwerdeführers am 2. Mai 2006 von einer deutlichen Verbesserung des klinischen Zustandes aus (vgl. Urk. 30/2).

Dieser Ansicht war zum damaligen Zeitpunkt offensichtlich auch die in diesem Verfahren beigelegene Krankenversicherung des Beschwerdeführers, welche gar die stationäre Rehabilitationsbedürftigkeit verneinte. Entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 44) ist aus dem Schreiben der Beigeladenen vom 4. Mai 2006 (in Urk. 39/1) nicht zu schliessen, dass ihr vertrauensärztlicher Dienst die stationäre Rehabilitation nicht als zielführend, weil - sinngemäss - zu wenig weit gehend, erachtete, sondern es geht daraus unzweifelhaft hervor, dass die Beigeladene eine ambulante Therapie Anfang Mai 2006 als ausreichend beurteilte, was darauf schliessen lässt, dass sie den gesundheitlichen Zustand des Beschwerdeführers zumindest nicht als spitalbedürftig und damit kaum als besorgniserregend erachtete. Nach dem Spitalaustritt am 2. Mai 2006 und der sich aus den Akten ergebenden weiteren Zustandsverschlechterung ab 26. Mai 2006 gelangten unbestrittenermassen weder Dr. Z.\_\_\_\_ noch der Beschwerdeführer mehr an das U.\_\_\_\_.

Zwar lässt sich gestützt auf die medizinischen Akten nicht ausschliessen, dass, sofern in der Zeitspanne von Ende Februar bis Anfang Mai 2006 die Indikation für eine Herztransplantation abgeklärt worden wäre, eine solche zu bejahen gewesen wäre. Auch ist dem Beschwerdeführer darin zuzustimmen, dass es grundsätzlich in der Verantwortung des U.\_\_\_\_ liegt, eine Transplantationsabklärung eines bei ihr hospitalisierten Patienten in die Wege zu leiten, wenn dies medizinisch indiziert ist. Dennoch rechtfertigt das passive Verhalten des U.\_\_\_\_ nicht den Schluss auf eine eigentlich Weigerung zur Vornahme einer Herztransplantation, welche den Beschwerdeführer gezwungen hätte, eine ausserkantonale Lösung zu suchen. Vielmehr ist gestützt auf die Aktenlage davon auszugehen, dass das U.\_\_\_\_, welches Anfang Mai 2006 von einer Zustandsverbesserung ausging, möglicherweise die Brisanz der Lage, sofern diese bis zum 2. Mai 2006 bereits vorgelegen hat, verkannt hat.

Selbst wenn der Verzicht auf die Abklärung der Indikation zur Herztransplantation aber einer Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht gleichkäme - eine Frage, die nicht in diesem Verfahren zu klären ist -, könnte dies nicht als Weigerung zur Vornahme einer notwendigen Operation im Sinne der Rechtsprechung interpretiert werden. Hierfür bedürfte es einer offen zu Tage getretenen Weigerung der Ärzteschaft des U.\_\_\_\_. Eine solche aber lag nicht vor. Daran ändern auch die

grundsätzlich unbestrittenen, angeblich mehrmaligen mündlichen Hinweise von Dr. Z. \_\_\_ "in Richtung" U. \_\_\_, den Beschwerdeführer auf eine Liste zu nehmen (vgl. Urk. 1 S. 10, 34/2), nichts.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zwar kann, wie oben ausgeführt, in medizinischer Hinsicht nicht Voraussetzung für die Einleitung einer Evaluation einer Herztransplantation sein, dass ein externer Arzt eines im U. \_\_\_ hospitalisierten und regelmässig in Behandlung stehenden Patienten einen entsprechenden Antrag stellt. Für die Beurteilung der Frage, ob sich das U. \_\_\_ tatsächlich geweigert hat, die fragliche Abklärung/Behandlung vorzunehmen, ist aber sehr wohl von Belang, ob Dr. Z. \_\_\_ lediglich informell und mündlich an dasselbe gelangte oder ob er den Beschwerdeführer schriftlich und formell überwies. So lässt der Beschwerdeführer denn auch nicht geltend machen, dass er oder Dr. Z. \_\_\_ je eine abschliessige Antwort seitens des U. \_\_\_ hinsichtlich einer HTPL-Abklärung erhalten hätten. Dass ein derart aufwendiges und fraglos kostspieliges Abklarungsverfahren wie dasjenige für eine Herztransplantation, gestützt auf einen mündlichen Hinweis in die Wege geleitet würde, damit konnte Dr. Z. \_\_\_ fraglos nicht rechnen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus welchem Grund Dr. Z. \_\_\_, der aufgrund seiner früheren Anstellung im U. \_\_\_ die Verhältnisse und Abläufe kennen musste, auf eine formelle Überweisung an das U. \_\_\_, wie er sie sodann am 1. Juni 2006 an das I. \_\_\_ vornahm (Urk. 34/2), oder eine schriftliche Intervention verzichtete, ist nicht nachvollziehbar. Möglicherweise wünschte der diesbezüglich offenbar sehr ängstliche Beschwerdeführer, welcher gemäss Darlegungen von Dr. Z. \_\_\_ vom 1. Juni 2006 die Möglichkeit einer in Zukunft bevorstehenden Herztransplantation bis anhin immer wieder verdrängt hatte (Urk. 34/2), dies bisher nicht oder allenfalls nicht im U. \_\_\_.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Angesichts dieser Sachlage wie auch des Umstandes, dass das U. \_\_\_ den Zustand des Beschwerdeführers beim Spitalaustritt am 2. Mai 2006 als verbessert erachtete, was angesichts der fehlenden Kostengutsprache für die stationäre Rehabilitation der Beigeladenen nicht offensichtlich abwegig erscheint, kann das passive Verhalten des U. \_\_\_ im Zusammenhang mit der Transplantationsfrage nicht als Weigerung, den Eingriff vorzunehmen, interpretiert werden. Möglicherweise hat das U. \_\_\_ den Ernst der Lage verkannt, und eine HTPL-Abklärung wäre bereits zu einem früheren Zeitpunkt medizinisch angezeigt gewesen. Diese Aspekte betreffen aber letztlich die Frage der ärztlichen Sorgfaltspflicht. Die Annahme einer medizinischen Zwangslage aufgrund der Unmöglichkeit, die Operation in der einzig möglichen kantonalen Heilanstalt vorzunehmen, rechtfertigt sich aufgrund dessen nicht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vielmehr ist gestützt auf die Aktenlage mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 Erw. 5b S. 360 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 Erw. 3.2 und 3.3 S. 324 f.) als erstellt zu betrachten, dass der Entschluss, sich im I. \_\_\_ abklären zu lassen und einer Transplantation zu unterziehen, letztlich Folge des fehlenden Vertrauens in die Ärzteschaft des U. \_\_\_ war. Ob der Vertrauensverlust berechtigt war und ob er tatsächlich darauf beruhte, dass das U. \_\_\_ eine allenfalls schon früher vorliegende Transplantationsindikation nicht erkannte, oder ob nicht die bereits dazumal öffentlich geführte Diskussion über die Qualität der Schweizerischen Transplantationszentren ursprünglich für die Wahl der Heilanstalt war, kann letztlich offen bleiben. Das fehlende Vertrauen alleine wird rechtsprechungsgemäss (vgl. obige Erw. 2.3.5) nicht als

medizinischer Grund für eine ausserkantonale Behandlung akzeptiert.

Zusammenfassend erweist sich daher der angefochtene Entscheid als zutreffend. Die Beschwerde ist abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Försprecher lic. iur. Andreas Danzeisen

- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

- CSS Kranken-Versicherung AG

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Die Beschwerde wird abgewiesen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.